N4 Annee – ...

16/11/2017

CAT devant un ictère cholestatique

Dr N.Annane, L.Abid

Service de chirurgie viscérale. Pr. L.Abid
Hôpital de Bologhine

Introduction, définition

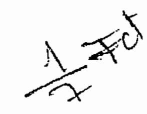
- **L'ictère** est un symptôme clinique → coloration jaune des téguments et des muqueuses → BT≥ 50umol/l → à un obstacle au niveau des voies biliaires.
- L'ictère est **fréquente** en pratique quotidienne.
- La démarche diagnostique → facilitée par l'échographie abdominale.
- L' étiologie :
  - Affections bénignes
  - Affections malignes
- La thérapeutique → Facile à difficile → Multidisciplinaire

Mécanisme de la cholestase

- L'obstacle mécanique sur la VBP→ **cholestase extrahépatique.**
- Trouble de la sécrétion ou excrétion biliaire → **cholestase intrahépatique**.

physiopathologie

- **Cholestase extrahépatique:**
  obstacle de la VBP → dilatation des VB extrahépatique → dilatation des VB intrahépatique → augmentation de la perméabilité canaliculaire → inversion de la polarité de l'hépatocyte (éléments normalement secrétés dans la bile, refluent dans le sang.
- **cholestase intrahépatique:**
  - obstruction des VB intrahépatique(Tm comprimant les VB).
  - altération des canaux biliaires (cirrhose biliaire primitif (CBP).
  - altération du système de transport à tout les niveaux de la cellule hépatique (membrane basale, intracellulaire, canaliculaire).
- EMC hépatologie 1996



Circonstances de découverte

- Ictère obstructif →
  - Syndrome cholédocien ou Ictère nu
  - Selles décolorées, urines foncées et prurit
- **Hépatomégalie de stase** → bord antérieur du foie mousse
- **Vésicule palpable** → vésicule de stase ou tumorale
- Présence de **vomissements alimentaires et/ou d'un** méléna
- La démarche diagnostique a 03 étapes:
  - Diagnostic positif et de siège
  - Diagnostic étiologique → **bénin ou malin ?**
  - Diagnostic de résécabilité

Démarche de la prise en charge

- reconnaitre l'ictère cholestatique.
- Apprécier sa gravité.
- Rattacher à une cause.
- Traiter le symptôme et la cause.

Démarche de la prise en charge

- **reconnaitre l'ictère cholestatique.**
- Apprécier sa gravité.
- Rattacher à une cause.
- Traiter le symptôme et la cause.

Démarche diagnostique

- **L'interrogatoire** : âge, ATCD, alcool, médicament.

  -SF: **douleur** biliaire ou pancréatique, AEG, fièvre , **prurit, coloration des selles et urines.**

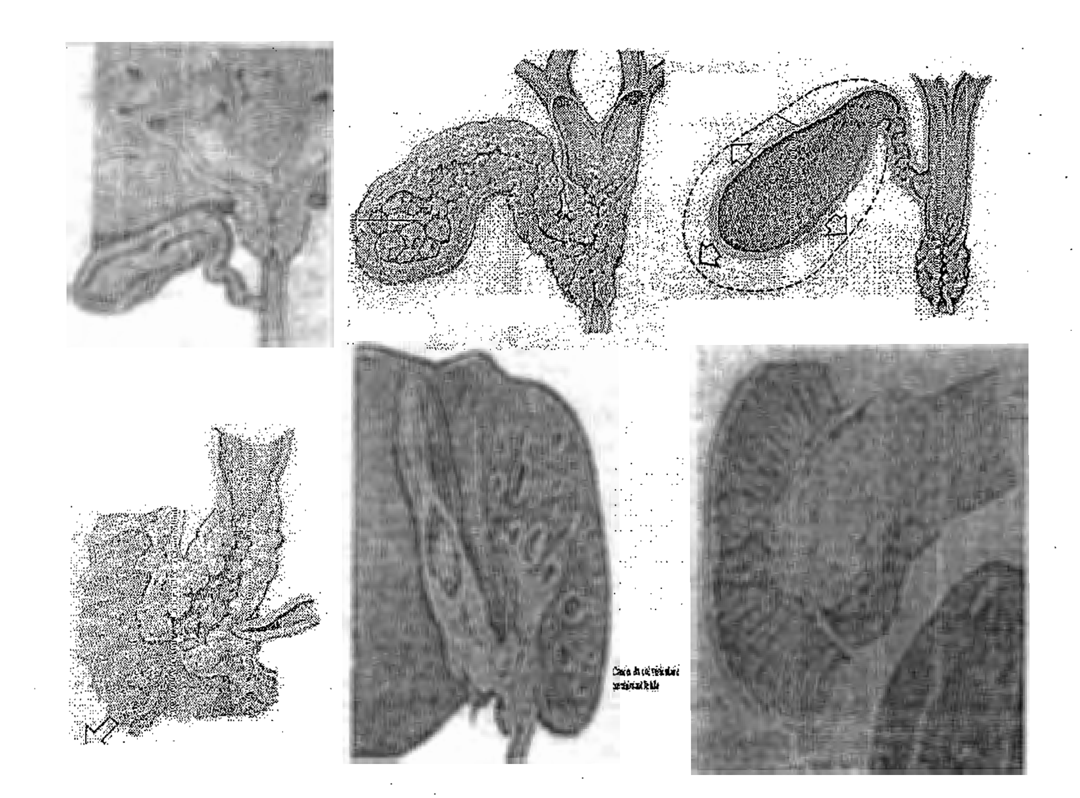
- **l'examen clinique**: vésicule ou masse palpable.
- **Biologie**:

  ↗ BT (BC), PAL, des Ý GT, et cholestérol. ↓TP,

  transaminases.

Quelques tableaux évocateurs

- **Affections bénignes:**
  Bon état général, **ictère régressif**
- **Cancer vésiculaire:**
  Ictère, vésicule palpable distendue ou tumorale
- **Cancer de la VBP:**
  Ictère nu
- **Cancer de la tête du pancréas:**
  Ictère, vésicule palpable de stase.
- **Ampullome Vatérien:**
  Ictère, possibilité d'un méléna ou de fièvre.

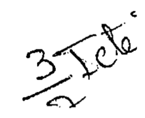


Démarche de la prise en charge

- reconnaitre l'ictère cholestatique.
- **Apprécier sa gravité.**
- Rattacher à une cause.
- Traiter le symptôme et la cause.

Complications de l'ictère

- **Angiocholite** non compliquée → T° élevée allant de 38,5- 39°C.
- **Angiocholite compliquée**
  - Abcès hépatique.
  - Hémorragie digestive
  - Trouble neurologique.
  - Insuffisance rénale
- À long terme → une cirrhose biliaire secondaire



Démarche de la prise en charge

- reconnaitre l'ictère cholestatique.
- Apprécier sa gravité.
- **Rattacher à une cause.**
- Traiter le symptôme et la cause.

L'examen morphologique

- De nouvelles techniques d'imagerie médicale, notamment la **cholangiographie par résonance magnétique (Bili- IRM)** et **l'échoendoscopie**, sont **plus sensibles** que la **tomodensitométrie.**
- Le **cathétérisme rétrograde** par voie endoscopique ne garde que des **indications à visée thérapeutique.**

Echographie abdominale

- **<u>Examen clé</u>**

- Etudier la dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et la voie biliaire principale.

- Préciser le contenu de la VBP

- Situer le niveau de l'obstacle: hilaire, pédiculaire ou bas cholédoque.

- Echostructure de la glande hépatique.

- Etudier la vésicule biliaire: volume, paroi, contenu.

- Etudier le pancréas (échostructure, possibilité de tumeur, diamètre du Wirsung).

- Rechercher la présence éventuelle d'adénopathies.

A la fin de l'examen échotomographique

- 1ere situation → diagnostic étiologique fait

LVBP, KHF rompu, cancer vésiculaire, cancer hilaire, cancer de la tête du pancréas

- 2eme situation → diagnostic étiologique non fait, mais le siège de l'obstacle est reconnu.

<u>Obstacle du tiers supérieur (hilaire)</u>

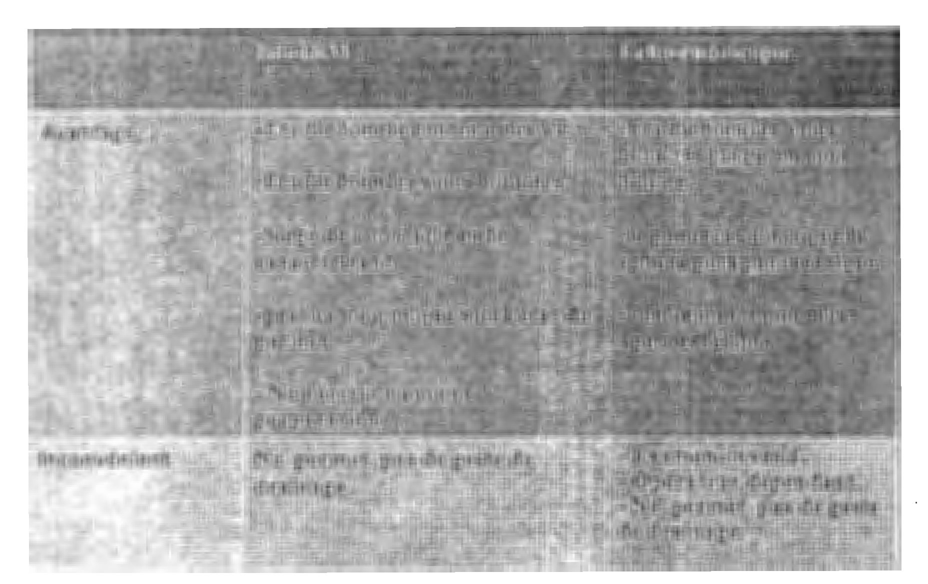
<u>Obstacle du tiers moyen</u>

<u>Obstacle du tiers inférieur</u>

- Quels examens faire à partir de cette étape ?

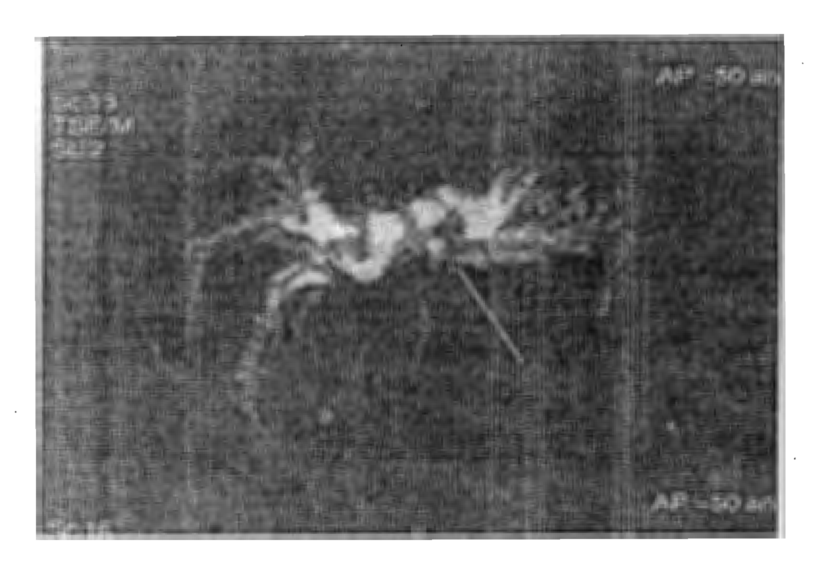
bili-IRM, écho-endoscopie, TDM, IRM, CPRE.

Obstacle des tiers supérieur et moyen



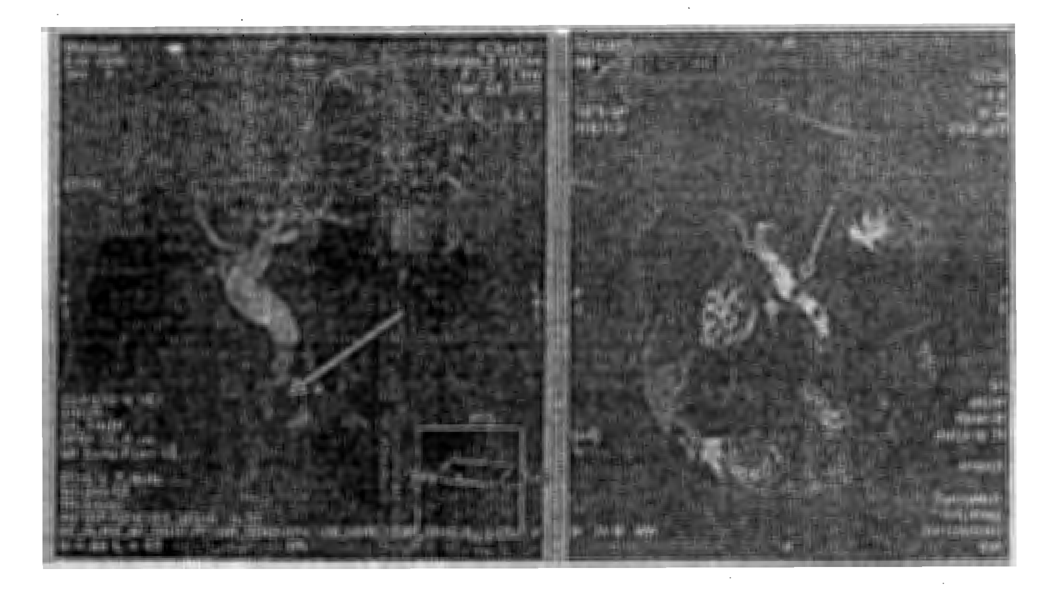
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

Obstacle du 1/3 supérieur



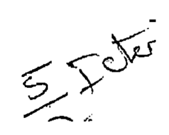
Bili-IRM

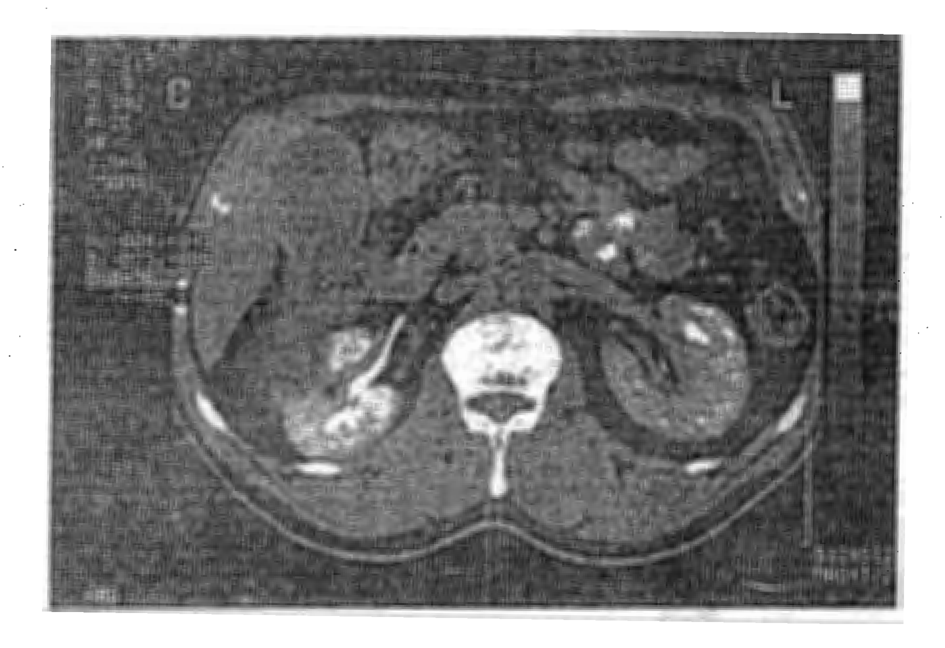
obstacle du 1/3 inf LVBP



Obstacle du tiers inférieur

- **écho-endoscopie** est **l'examen de choix** (exploration de l'ampoule de Vater, du pancréas et de la VBP)
- **tomodensitométrie** (scanner hélicoïdal et l'angio-scanner) → cancer de la tête du pancréas (étude de la tumeur, de ses connexions avec les organes de voisinage et l'extension aux adénopathies).
- **Bili-IRM couplée à l'IRM et l'angio-IRM a un avantage ➔ 1/3 inf**
- **CPRE ➔ Si sphinctérotomie envisagée (LVBP, KHF et ampullome)**





Etiologies

Pathologie intra-hépatique:

- Hépatite aigues: virale, alcoolique, médicamenteuses.
- Obstructions aigue des VSH(des veines sus hépatiques).
- Ischémie hépatique
- Lésions ductulaires: CSP intra-hépatique, GVH,
- **Tumeurs primitives: carcinome hépatocellulaire.**
- **Cholangiocarcinome.**
- **Tumeurs secondaires**
- Infiltrations hépatiques: granulomatoses:(tuberculose, sarcoidose), amylose, maligne
- Infections: septicémie (endotoxines bactériennes)
- Cholestase constitutionnelle: Dubin Johnson, Rotor.

Autres: paranéoplasique, Grossesse, post-op, cirrhose

Etiologies

Pathologie extra-hépatique:

Maligne:

- Kc pancréas, Kc VBP, **ampullome Vatérien:** ictère, fièvre, méléna, évoque ce dernier.
- Compression / Tm de voisinage ou ADP tumorale

Bénigne:

- Lithiases des VBP.
- Traumatisme VBP.
- Parasite (ascaris, **Kyste hydatique du foie, particulièrement** lorsqu'il se rompe au niveau des voies biliaires), caillot sanguin.
- Cholangite sclérosante primitive; maladie inflammatoire chronique et congénitale ne provoque pas de dilatation des voies biliaires.
- Compression / ADP inflammatoires

Démarche de la prise en charge

- reconnaitre l'ictère cholestatique.
- Apprécier sa gravité.
- Rattacher à une cause.
- **Traiter le symptôme et la cause.**

Conduite thérapeutique

- Drainage en urgence si angiocholite ne répondant pas au traitement médical en 24 - 48h :

  Chirurgie ou sphinctérotomie endoscopique .

L'intervalle entre l'apparition de l'ictère et le traitement doit être le plus court possible (au maximum 1 mois).

La préparation à l'intervention →
Remplissage vasculaire, injection de vitamine K.
ATB → si angiocholite

- Bilan pré opératoire:
  Fonctions hépatique, rénale, cardiaque et respiratoire et une crase sanguine.

Thérapeutique

- **La chirurgie:**
  LVBP, KHF, Traumatisme de la VBP.
  Cancer des voies biliaires, de la tête du pancréas, ampullome vatérien

- **Le traitement endoscopique** → Sphinctérotomie endoscopique.
  LVBP, KHF rompu dans les voies biliaires,
  ampullome → ampulectomie

- **Le traitement radiologique** →
  Le drainage par prothèse percutanée et trans-tumoral.
  les prothèses→ trt palliatif ou préparation à l'intervention → affection néoplasique

Conclusion

- Ictère cholestatique → origine multifactorielle
- Fréquent dans notre pratique quotidienne.
- C'est une urgence diagnostique et thérapeutique.
- Echographie abdominale→ examen clé
- La chirurgie reste jusqu'à l'heure actuelle l'arme thérapeutique principale dans notre pays.
- L'amélioration du pronostic → diagnostic et prise en charge précoces.

